

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS José da Costa Veloso, Canavieira/PI

Mery Lan Rodríguez Blanco

Pelotas, 2015

Mery Lan Rodriguez Blanco

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS José da Costa Veloso, Canavieira/PI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. Este trabalho faz parte do Programa Mais Médicos.

Orientador: MsC. Andrieli Daiane Zdanski de Souza

Pelotas, 2015

B641m Blanco, Mery Lan Rodriguez

Melhorar a Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS José da Costa Veloso, Canavieira/PI / Mery Lan Rodriguez Blanco; Andrieli Daiane Zdanski de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Andrieli Daiane Zdanski de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho ao povo do Brasil, especialmente a população da UBS José da Costa Veloso, do Município Canavieira, Estado do Piauí, por permitir-me aplicar meus conhecimentos na Atenção Primária à Saúde, como médica da Estratégia Saúde da Família em melhoria de sua qualidade de vida.

Agradecimentos

Agradeço aos presidentes dos países de Cuba e Brasil por permitir o desenvolvimento do programa “mais médicos para o Brasil” levando mais e melhor qualidade de vida para a população mais necessitada do país.

Resumo

BLANCO, Mery Lan Rodrigues. **Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS José da Costa Veloso, Canavieira/PI.** 2015. 90f.Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Jose da Costa Veloso, Canavieira, PI. A população alvo foi composta por todos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade, pertencentes à área de abrangência da UBS. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, nos meses de fevereiro a abril de 2015. Trabalhou-se nos quatro eixos pedagógicos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os dados foram coletados por meio da ficha-espelho, consolidados na planilha de coleta de dados e os indicadores foram revisados semanalmente. A intervenção propiciou ampliar a cobertura de usuários hipertensos de 56% para 90,2% e dos usuários diabéticos de 48% para 77,1 %, sendo que 96% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos tem prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada, 97% dos usuários hipertensos e diabéticos possui registro adequado na ficha de acompanhamento e 100% dos usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal. A intervenção tornou-se muito importante para a comunidade, já que atingimos nosso objetivo e assim será possível oferecer uma assistência com maior qualidade.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	55
Figura 2	Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	55
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 4	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	57
Figura 5	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	58
Figura 6	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	60
Figura 8	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	61
Figura 9	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	63
Figura 10	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 11	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	65
Figura 12	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	66
Figura 13	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	67
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	68
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
SIAB	Sistema de informação de atenção Básica

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2	Análise Estratégica.....	19
2.1	Justificativa.....	19
2.2	Objetivos e metas.....	20
2.2.1	Objetivo geral	20
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	21
2.3	Metodologia.....	23
2.3.1	Detalhamento das ações	23
2.3.2	Indicadores.....	37
2.3.3	Logística.....	43
3.	Relatório da Intervenção	46
4	Avaliação da intervenção.....	49
4.1	Resultados	49
4.2	Discussão.....	68
5	Relatório da intervenção para gestores	71
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	74
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
	Apêndice	78
	Anexos	82

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação a Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Este trabalho faz parte do "Programa Mais Médicos para o Brasil".

Este volume aborda uma análise das práticas em Estratégia Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jose da Costa Veloso, no município de Canavieira/PI, o que por meio desta análise levou a escolha do foco de ação da intervenção “Hipertensos e diabéticos”, para elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a cobertura nessa área.

Este volume apresenta, na primeira etapa, uma descrição da análise situacional realizada na UBS Jose da Costa Veloso, assim como informações pertencentes ao município em geral, ao qual a UBS está inserida. Também foram analisadas questões como estrutura física, processo de trabalho da equipe de saúde e população da área de abrangência da UBS.

Na segunda seção, está descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas e a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção, incluindo os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira seção será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas. São discutidas as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e também é realizada uma análise da viabilidade da incorporação das ações da intervenção à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. A quarta e quinta etapa apresentam o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente, discutindo sobre a experiência da intervenção para os usuários do serviço.

Na última seção apresentada uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Atenção Primária à Saúde (APS) em meu serviço encontra-se funcionando muito bem, já que se desenvolve em uma UBS que presta serviços de boa qualidade para a população. Para isso, contamos com uma equipe completa para o desenvolvimento da ESF composta por um médico, um dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um assistente de dentista, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e, uma técnica assistente de farmácia.

Realizamos atendimento de segunda a sexta-feira, nas manhãs e as tardes, sendo oferecidas consultas agendadas ou por demanda espontânea. Realizam-se também visitas ao domicílio de usuários com incapacidade de locomoção e às famílias, uma vez por semana. Prestam-se consultas de puericultura, pré-natal e vacinação duas vezes na semana. Para o complemento da atenção, conta-se com os serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um psicólogo, uma nutricionista e um fisioterapeuta.

O usuário que precisa ser referenciado para outras consultas do Sistema Único de Saúde (SUS) tem garantido pela secretaria de saúde o agendamento e transporte para outros municípios com os quais se tem parceria. Também se presta consulta de odontologia de segunda a quarta-feira. A farmácia para a entrega de medicamentos básicos funciona de segunda a sexta-feira na manhã e a tarde. Na área de abrangência existem duas farmácias populares onde tem a possibilidade de adquirir medicamentos que se encontram em falta na UBS.

Presta-se atendimento de 24 horas em uma unidade mista de saúde presente no município para urgências e emergências da população, com serviços de traslado para os casos que precisam ser referenciados. Para os usuários que precisam de atenção e observação, existem oito macas e os medicamentos necessários para isso. Tem também aparelho para nebulização e sala de curativo. O critério de avaliação da população é muito bom pela atenção prestada na UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Canavieira do estado do Piauí tem uma população de 3.921 habitantes. O município dispõe de uma rede básica de saúde composta de uma unidade de saúde na zona urbana, uma na zona rural e pela unidade mista de saúde Adalgisa Zenobia da Rocha, que fica na sede do município. O município conta também com duas equipes da ESF, prestando assistência nas especialidades básicas, desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O atendimento à população na atenção básica é por meio dos programas de ações básicas. Com a implantação dos programas de agentes comunitários de saúde e a ESF o município conseguiu realizar uma boa caracterização da situação epidemiológica da área de abrangência.

O município possui uma equipe de NASF que conta com uma nutricionista, uma psicóloga e um fisioterapeuta que fazem suas consultas na UBS da urbana melhorando assim o atendimento da população. Para uma atenção especializada os usuários são encaminhados ao município de Floriano onde previamente são realizadas a marcação das consultas pelo SUS, pois não contamos em nosso município com especialistas. Os exames são realizados em clínicas pertencentes ao município de Floriano, mas previamente são coletadas as amostras na unidade mista Adalgisa Senobia, pois contamos com laboratório para sua realização.

A UBS que estou atuando é a UBS José da Costa Veloso, fica na zona urbana, com uma população de 1.726 habitantes. Nesta unidade, tem um enfermeiro, um médico em saúde família, dois técnicos de enfermagem, 6 ACS, uma dentista, uma nutricionista, uma psicóloga e um fisioterapeuta.

A UBS foi feita pela prefeitura com boas condições na sua estrutura, na entrada tem uma rampa que não tem corrimãos, sendo esta uma das dificuldades de

acesso para os usuários com deficiência. Tem uma recepção com capacidade para 15 usuários aproximadamente. A área de arquivo é adequada e os prontuários estão organizados por ordem alfabética com 100% da população da área de abrangência cadastrada. Tem uma sala onde são realizados os curativos, a administração de medicamentos injetáveis, nebulizações, têm dois consultórios onde trabalha o médico que tem uma cama para exame físico, duas cadeiras e uma mesa para consultas. No outro consultório trabalha a enfermeira onde tem prateleiras, cama ginecológica, mesa e cadeiras para consultas e computador, uma farmácia, uma sala de vacina com todas as condições, uma sala para os ACS, cozinha, tem um banheiro para funcionários, mas não existe para usuários, não dispõe de sala de reunião e educação para a saúde, sala de administração e gerência, não tem sala de esterilização. O material de odontologia é processado e esterilizado na sala de odontologia, conta com local para o depósito de lixo.

A jornada de trabalho é de segunda a sexta-feira em duas seções, de manhã toda a equipe funciona em conjunto e com um atendimento de 20 a 25 usuários e já na parte da tarde é de livre demanda, incluindo visitas domiciliares. Trabalha-se no planejamento de consultas, visitas domiciliares, puericulturas, atenção ao pré-natal, assim como grupos prioritários.

A UBS desenvolve consultas e procedimentos ambulatoriais, básicos como: curativos, injeções, retirada de pontos, inalação, terapia de reidratação oral, verificação de pressão arterial e de temperatura, visitas domiciliares, atendimento médico, odontológico, imunização apazada, atividades de prevenção, consulta de nutrição, consulta de psicologia, reabilitação, etc.

Em nossa UBS se trabalha em dois turnos de atendimento de segunda a sexta-feira, conta com o pessoal capacitado para uma boa atenção a população, apesar de só ter médicos clínicos gerais, mas conta com uma equipe de NASF com todos os profissionais. Acho que a dificuldade que enfrentamos com relação a estrutura da minha UBS não pode influir na realização de um bom atendimento a nossa população, porque as maiores dificuldades são organizativas e penso que tem solução.

Na UBS os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento de atuação da equipe, porém temos identificação de grupos de família e indivíduos expostos a riscos. Nossa equipe está comprometida e inserida no processo de atendimento, realizando atividades encaminhadas a cuidar a saúde da

população, no domicílio, nas escolas, nas igrejas, na associação de bairro/comunitária, etc.

Realizam-se busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas pelo médico e enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem e ACS, mas temos que continuar trabalhando com os usuários que não assistem às consultas como as grávidas e crianças, para isso fazemos uma programação mensal para estes usuários.

Na UBS são realizados atendimentos de urgências/emergências e o encaminhamento dos usuários para o hospital e feito utilizando os protocolos de atendimentos, sendo acompanhado o usuário em situações de internação por um integrante da equipe.

Em relação ao cuidado domiciliar, existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam a atenção da equipe onde realizamos orientações, curativos, orientações de educação e cuidados em saúde, acompanhamento de problema de saúde, medição de pressão arterial, entrega de medicamentos, aplicar de medicação oral e injetável, vacinação, etc. Os ACS, junto aos outros integrantes da equipe, realizam busca ativa de usuários e a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis.

Os integrantes da equipe participam das reuniões mensais, em que discutimos temas como a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações e discussão de casos interessantes para a equipe, mas a maioria das ações de saúde que realizamos são assistenciais. Acredito ainda que a maioria das equipes fazem poucas ações de promoção e prevenção de saúde, mas temos que continuar trabalhando mais em atividades educativas com grupos de adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, aleitamento materno, combate ao tabagismo, saúde da mulher etc.

A demanda espontânea é um atendimento que sempre vamos enfrentar nas consultas da UBS, porém estamos procurando mecanismos para garantir o atendimento adequado de todos os usuários que são acometidos com alguma doença aguda, acidente ou outro problema de saúde urgente. Devemos oferecer adequado acolhimento para que o usuário seja atendido e assim fazer uma boa avaliação do usuário que precise um atendimento imediato por apresentar um

problema de saúde agudo, isto forma parte de um bom funcionamento da UBS, para assim dar uma atenção integral a nossa população.

Ao iniciar no município como médica da equipe, a demanda espontânea de usuários era muito alta, já que eu era a única médica em todo o município e há tempos que tinham problemas com isso, porque os médicos atendiam a população de 15 em 15 dias. Agora tudo tem melhorado, pouco se atendem usuários de demanda espontânea, pois a maioria das consultas já são programadas pela equipe, porém sempre se tem prioridades com os usuários que precisam ser avaliados de imediato.

A saúde da criança é um tema de muita importância na medicina familiar, nossa UBS tem uma cobertura de 181 (47%) crianças menores de 1 ano de idade, segundo o caderno de ações programáticas. É preciso de um trabalho em conjunto de toda a equipe com o objetivo de ter um desenvolvimento da criança saudável, assim evitamos as consultas por doenças agudas, para isso se precisa de consultas com uma periodicidade adequada para cada criança, de orientações sobre vacina, indicação de exame quando precisam, orientações de desenvolvimento psicomotor, cuidados da criança nas diferentes etapas da vida, alimentação saudável e outras que ajudam a melhorar os métodos de vida de nossa crianças, família e comunidade.

As consultas de puericultura são realizadas às terça e quarta-feira de todas as semanas, mas nosso principal problema é conseguir a periodicidade das consultas, pois as mães ainda não têm a costume de trazer as crianças a consulta.

Acredito que falta mais orientação sobre a importância da consulta de acompanhamento para as mães, pois nosso principal objetivo é realizar a educação em saúde sobre a importância do acompanhamento das crianças. Agora temos apenas 81% de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o que afeta negativamente os indicadores, tendo crianças com atraso de consultas agendadas. Os demais indicadores estão bons. A maioria com 100%, não tendo problemas na primeira consulta de puericultura, nos primeiros sete dias de vida (98%), teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva, monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes.

Mas não ter problemas, não significa que tudo está bem, temos que seguir trabalhando em conjunto para melhorar os indicadores e elaborando ações e responsabilidades para assim evitar consequências negativas para mãe e filho. Para isso, nossa equipe realiza palestras mensais sobre aleitamento materno exclusivo, nutrição e importância da realização de consultas.

A atenção ao pré-natal tem uma cobertura de 93% (24) e a atenção puerperal de 100% (56) segundo o sistema de informação da atenção básica (SIAB). Tem como objetivo principal melhorar a educação em saúde da futura mãe assim como os integrantes da família, sendo muito importante a estabilidade psicológica da mulher, cumprir uma adequada nutrição, higiene pessoal, ambiental e dos alimentos, conhecer e controlar antes da gravidez fatores de riscos ou doenças crônicas que pode afetá-la, assim como a importância do cumprimento das diferentes consultas programadas pelo médico, enfermagem e odontologista, conseguindo assim um excelente acompanhamento da mãe durante a gestação.

Apresentamos dificuldades no exame odontológico em que não são avaliadas 100% das gestantes, pois não assistem a consulta, porém que temos que continuar trabalhando neste tema, pois é de vital importância para a mãe.

Em relação ao puerpério, 56 mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses, segundo informações do SIAB, o que propicia que a cobertura seja de 100%. Isto se deve a que muitas mulheres que foram morar em outros municípios, realizando o pré-natal nos mesmos, depois do parto regressam para passar o primeiro ano com sua família, isto aumento o número de consultas puerperais, além disso os indicadores são bons, pois se trabalha com o programa, incluindo vacina, as consultas de puericultura e aleitamento materno. Penso que só falta continuar trabalhando com o programa e continuar melhorando as taxas de mortalidade infantil e materna em nossa população.

No que se refere ao controle do câncer de mama, a cobertura do programa é de 98% e a prevenção de colo de útero em nossa área de trabalho é de 100% segundo o caderno de ações programáticas. Na UBS contamos com um registro específico, em que se realiza o monitoramento regular das ações. Segundo o caderno de ações programáticas o programa de câncer de colo de útero tem 72% das nossas mulheres em dia com o exame citopatológico.

Neste ano não temos resultados positivos nos 276 exames realizados, o que favorece os indicadores. Temos que continuar avaliando os riscos presentes em

nossas mulheres e ao mesmo tempo continuar orientando sobre a prevenção de câncer de colo de útero.

No caso da prevenção de câncer de mama os indicadores são melhores, segundo a cobertura do programa de 98% (127 mulheres acompanhadas na UBS), sendo que temos um 80% delas com mamografia em dia conforme dados do caderno de ações programáticas, mas ainda temos muito que trabalhar.

Neste ano, nossa UBS fez uma campanha de realização de mamografia onde foram realizados muitos exames em mulheres com idade de 50 a 69 anos, o que nos favorece na realização de ações encaminhadas a prevenção de câncer de mama, além disso se continua realizando exames a mulheres de riscos, em que são realizados exames de mamas e se orienta sobre esse tema.

Penso que ainda falta muito para trabalhar, na realização de mamografia, na orientação de nossas mulheres sobre a importância da realização do exame. Já foram realizadas palestras sobre este tema pela equipe de saúde com o objetivo de orientar a população sobre a importância da realização dos exames e sua importância com a participação de toda equipe.

Na UBS temos uma população de 1.726 usuários, segundo dados do SIAB, o que representa 193 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, apresentando uma cobertura do 56% de nossa população segundo o caderno de ações programáticas. Temos só 32% dos usuários com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e um 36% com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, os demais indicadores também estão baixos menos de 54 % como a orientação sobre prática da atividade física e importância sobre hábito nutricional.

No caso da diabetes temos 48 usuários, apresentando uma cobertura do 48% de nossa população segundo o caderno de ações programáticas. Temos 38% dos diabéticos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e um 44% com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, apresentamos um 38% com exames complementários em dia, os demais indicadores estão abaixo de 44%, como o exame físico dos pés e orientações como alimentação saudável, prática de atividade física e higiene bucal.

Temos que continuar trabalhando na assistência a consultas e realização de exame pelos usuários. No Brasil estão criados programas que são eficazes, como por exemplo, o Programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da

Saúde, mas é preciso que todos os trabalhadores das UBS sejam conscientes da necessidade de fazer o que está orientado nos programas do Ministério da Saúde.

Na UBS, atendemos as pessoas de mais de 60 anos todos os dias na semana, pois são as pessoas que atendemos na consulta por qualquer doença e mais as doenças crônicas não transmissíveis além de imunização, promoção de atividades físicas, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Em nossa área de abrangência temos um total de 277 usuários maiores de 60 anos com uma cobertura do 100% conforme o caderno de ações programáticas. 100% dos idosos possuem caderneta de saúde da pessoa idosa, temos 88% deles com acompanhamento em dia e 88% receberam orientação nutricional e de atividade física regular.

É preciso trabalhar muito ainda na avaliação de todos os usuários, para isso aumentamos o número de visitas domiciliares neste grupo de idade, o que nos ajuda a fazer uma boa avaliação do total de idosos em nossa área de abrangência. De dois em dois meses nossa equipe realiza atividade de prevenção e promoção com este grupo de usuários, orientando sobre hábitos de vida saudável, alimentação, práticas de exercícios físicos fazemos caminhadas melhorando assim nosso trabalho.

Para finalizar, a UBS Jose da Costa Veloso da zona urbana conta com o melhor dos recursos para melhorar os indicadores do município que é a equipe que com sua vontade de trabalhar, união e desenvolvimento vai planejar as estratégias adequadas para vencer as dificuldades presentes na comunidade e no dia a dia.

Contamos com os recursos materiais e apoio da secretaria para desenvolver todas as ações necessárias para levar nosso trabalho a toda a comunidade.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após ter realizado o relatório, nossa equipe precisava algumas mudanças para melhorar a qualidade de vida de nossa população, pois com um acompanhamento adequado de doenças e os fatores de risco apresentados,

elevamos o nível de vida de nossos usuários, entre elas a realização de consulta direcionada para prevenção de suas patologias de forma mensais, conforme os riscos de cada usuário, que anteriormente era só para controle de sua doença;

Conseguimos programar um dia na semana para o atendimento e a realização da avaliação de risco, pois era de demanda espontânea; entregar uma caderneta a cada um dos usuários, em que está registrado os dados da consulta realizada e anotada a data da próxima consulta, buscando assim diminuir o número de usuários faltosos. Realiza-se ações de prevenção e promoção de saúde mensal trabalhando com grupos de adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, aleitamento materno, combate ao tabagismo, saúde da mulher e saúde do homem.

O município precisava da presença de uma educadora física a qual se incorporou à equipe do NASF, para trabalhar com os diferentes grupos como Programa de atenção ao hipertenso e diabético, alcoolismo, tabagismo, saúde mental e outros. Com estas ações foi possível melhorar o atendimento da nossa população de hipertensos e diabéticos, obtendo uma melhor qualidade de vida da população, além disso o trabalho proporcionou a avaliação e constatação de necessidades de ações em grupo, a partir da aproximação dos profissionais da saúde com a população. Observa-se ainda que é possível obter resultados de adesão e apoio dos usuários com o desenvolvimento das atividades e consequentemente a promoção de saúde e prevenção de complicações.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial. No Brasil, estima-se que um em cada cinco habitantes seja portador dessa patologia (BATISTA; RISSIN, 2003). Outra doença considerada preocupante na saúde pública é a diabetes mellitus que afeta 347 milhões no mundo, cuja etiologia é múltipla e causada pela falta de insulina e ou a incapacidade da insulina exercer seu papel no corpo, no Brasil afecta 5,3 % da população (SCHMIDT, 2009).

A UBS José da Costa Veloso é urbana, com uma população de 1.726 habitantes na área de abrangência, vinculada ao SUS, mas não tem vínculo com instituições de ensino. Tem um modelo de ESF e conta com uma equipe de saúde composta por um médico da saúde da família, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, uma dentista e 6 ACS. Nossa UBS tem uma boa estrutura e as condições necessárias para oferecer uma boa atenção à população.

No que se refere aos hipertensos e diabéticos, a UBS possui 193 usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e cadastrados na unidade apresentando uma cobertura do 56% segundo dados do SIAB. Além disso, há 48 usuários diabéticos apresentando 48% segundo dados do SIAB. Destaca-se que estes usuários não apresentam um bom acompanhamento de sua doença, com os quais temos que trabalhar principalmente os fatores de riscos presentes na comunidade, na premissa de melhorar esta cobertura. São realizadas poucas ações

de promoção e prevenção de saúde, porém temos que trabalhar para melhorar na atenção da população diabética e hipertensa de nossa área de abrangência, segundo o programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, modificando os estilos de vida, melhorando assim a qualidade de vida de todos os usuários. Foi escolhida esta ação programática sobre Hipertensos e Diabéticos, já que a cobertura estava muito baixa, além disso, os indicadores de qualidade são muito baixos, como a baixa realização do exame clínico, de exames laboratoriais, a baixa estratificação de risco cardiovascular. Também não estava ocorrendo um registro adequado das fichas de acompanhamento.

Os profissionais são comprometidos e inseridos no processo de atendimento, realizando atividades destinadas a cuidar da saúde da população, fazendo busca ativa de usuários faltosos. Os integrantes da equipe participam das reuniões mensais em que são discutidos temas como a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações e discussão de casos interessante para a equipe, mas a maioria das ações de saúde que nos realizamos são assistenciais. A intervenção proposta para nossa população da área de abrangência será de muita importância para melhorar os indicadores de saúde de nossa população, fazendo uma avaliação e atendimento multidisciplinar de todos nossos usuários. Iremos trabalhar, na premissa de planejar estratégias adequadas. Destaca-se que contamos com os recursos materiais e apoio da secretaria para desenvolver todas as ações necessárias para levar nosso trabalho a toda a comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS José da Costa Veloso, Canavieira/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos na área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física dos 100% dos hipertensos

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física dos 100% dos diabéticos

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

2.3 Metodologia

Esta intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na UBS José da Costa Veloso, situada na zona urbana de Canavieira, no estado do Piauí.

Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos, de 20 anos ou mais de idade, cadastrados no Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde e pertencentes a área de abrangência da UBS. Os protocolos adotados serão os manuais técnicos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do ano 2013.

As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos na área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar o número de hipertensos será realizada por meio de revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas. A revisão será mensal e realizada pelo médico

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar, pressão arterial. Ressalta-se que as consultas para o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde serão disponibilizadas todas às quintas feiras.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de acolher os hipertensos será executada na UBS, como durante a realização das visitas domiciliares. O acolhimento será realizado todos os dias da semana, e todos os profissionais da UBS serão responsáveis.

Para realizar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, serão realizadas capacitações com a equipe, na premissa de aprenderem como utilizar a ficha-espelho e preenche-la corretamente.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da intervenção, será realizada por meio de reuniões com a comunidade e irá contar com o apoio da comunidade.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção, os ACS divulgarão a intervenção, como também durante a realização do acolhimento e outras atividades, os profissionais da UBS irão divulgar a intervenção.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, realizadas pelo médico todas as segundas feiras às 16 horas

Para a ação de capacitar os ACS na busca dos faltosos, será realizada uma capacitação com os mesmos na UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar o número de diabéticos será realizada por meio de revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas. A revisão será mensal e realizada pelo médico. Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar e pressão arterial. Ressalta-se que as consultas para o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde serão disponibilizadas todas às quintas feiras.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de acolher os diabéticos será executada na UBS, assim como durante a realização das visitas domiciliares. O acolhimento será realizado todos os dias da semana, e todos os profissionais da UBS serão responsáveis.

Para realizar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, serão realizadas capacitações com a equipe, na premissa de aprenderem como utilizar a ficha-espelho e preenche-la corretamente.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da intervenção, será realizada por meio de reuniões com a comunidade e iremos contar com o apoio da comunidade.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção, os ACS divulgarão a intervenção, como também durante a realização do acolhimento e outras atividades, os profissionais da UBS divulgarão a intervenção.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, realizadas pelo médico todas as segundas feiras às 16 horas

Para a ação de capacitar os ACS na busca dos faltosos, será realizada uma capacitação com os mesmos na UBS.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar o exame clínico apropriado dos usuários hipertensos será realizada por meio de revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas. A revisão será mensal e realizada pelo médico e enfermeira.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar, pressão arterial. Ressalta-se que as consultas para o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde serão disponibilizadas todas às quintas feira.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de realizar os exames físicos dos hipertensos será executada na UBS, assim como durante a realização das visitas domiciliares. O exame será realizado todas as quintas feiras, sendo responsável o médico e a enfermeira.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da intervenção e uma boa consulta médica periódica, será realizada por meio de reuniões e contamos com o apoio da comunidade.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção, os ACS e profissionais da UBS divulgarão a intervenção assim como os dias das consultas médicas. Isto será realizado durante a realização do acolhimento e outras atividades.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico todas as segundas-feiras às 16 horas.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar o exame clínico apropriado dos usuários diabéticos será realizada por meio de revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas. A revisão será mensal e realizada pelo médico e enfermeira.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar e pressão arterial. As consultas para o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde serão disponibilizadas todas às quintas feira.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de realizar o exame físico dos diabéticos será executada na UBS assim como durante a realização das visitas domiciliares. O exame será realizado todas às quintas feiras, sendo responsável o médico e a enfermeira.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização da intervenção e uma boa consulta médica periódica, será realizada por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção, os ACS e profissionais da UBS divulgarão a intervenção, assim como os dias das consultas médicas. Isto será feito durante a realização do acolhimento e outras atividades.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico todas as segundas feiras às 16 horas.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo monitoramento e avaliação: A ação de monitorar a realização de exames complementares aos usuários hipertensos, será realizada de forma mensal pelo médico, mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores e resultados. Ressalta-se que as consultas para o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, serão disponibilizadas todas às quintas feiras, onde serão indicados exames laboratoriais pelo médico, nos casos que não tenham feito e também serão avaliados os resultados em cada um dos usuários que se apresentem com eles para avaliação.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de realizar os exames laboratoriais dos hipertensos será executada a coleta da amostra na unidade mista de saúde Adalgisa Senobia, com prévia marcação dos exames, onde posteriormente será levada a amostra para o município de Floriano com os cuidados necessários para ser analisadas em laboratórios.

Os resultados chegarão em um período de 15 dias. Para os usuários que tenham vontade realizar os exames em Floriano, será marcado diretamente no laboratório, deslocando-se até o mesmo por conta própria. Em caso do eletrocardiograma, serão marcados diretamente no município de Floriano para sua

realização. O profissional responsável pela indicação dos exames, será o médico e a enfermeira da equipe de saúde.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para avaliação, será realizada por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção e como realizar os exames, os ACS e profissionais da UBS divulgarão a intervenção assim como o local para marcar os exames laboratoriais. Isto será feito durante a realização do acolhimento e outras atividades.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico todas as segundas-feiras às 16 horas.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo monitoramento e avaliação: A ação de realização de exames complementares aos usuários diabéticos, será realizada mensalmente pelo médico, mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores e resultados. Ressalta-se que as consultas para o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, foram disponibilizadas todas às quintas-feiras, em que serão indicados exames laboratoriais pelo médico, nos casos que não tenham feito e também foram avaliados os resultados em cada um dos usuários que se apresentem com eles para avaliação.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de realizar os exames laboratoriais dos diabéticos será executada a coleta da amostra na unidade mista de saúde Adalgisa Senobia, com prévia marcação dos exames, onde posteriormente será levada a amostra para o município de Floriano com os cuidados necessários para ser analisadas em laboratórios.

Os resultados chegarão em um período de 15 dias. Para os usuários que tenham vontade realizar os exames em Floriano, será marcado diretamente no laboratório, deslocando-se até o mesmo por conta própria. Em caso do

eletrocardiograma, serão marcados diretamente no município de Florianópolis para sua realização. Os profissionais responsáveis pela indicação dos exames serão o médico e a enfermeira da equipe de saúde.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para avaliação, será realizada por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade.

Para a ação de informar a comunidade sobre a existência da intervenção e como realizar os exames, os ACS e profissionais da UBS divulgarão a intervenção assim como o local para marcar os exames laboratoriais. Isto será feito durante a realização do acolhimento e outras atividades.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico todas as segundas-feiras às 16 horas.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a prescrição dos medicamentos, presentes na farmácia popular, aos usuários hipertensos e diabéticos, será realizada mensalmente pelo médico, mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores. Ressalta-se que nas consultas com os usuários hipertensos e diabéticos se avaliará e prescreverá medicamentos presentes na farmácia popular. A farmácia será visitada mensalmente, com o objetivo de verificar a presença de medicamentos para os hipertensos.

Eixo de organização e gestão do serviço: A ação de prescrever os medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos, será de responsabilidade do médico, sempre tendo conhecimento das medicações presentes na farmácia

popular. Será avaliado com o gestor a disponibilidade dos medicamentos na farmácia de forma mensal evitando a falta de medicamentos.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a existência do medicamento na farmácia popular de forma mensal, será realizada por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade. Com isto os ACS e os profissionais da UBS divulgarão os locais para retirar as medicações prescritas pelo médico.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico todas as segundas-feiras às 16 horas.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos e diabéticos, será realizada pelo médico, mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores. Nas consultas realizadas pelo médico e enfermeira, se avaliará a necessidade de atendimento odontológico de cada um dos usuários, realizando o encaminhamento para o dentista.

Eixo de organização e gestão do serviço: As consultas serão realizadas pela dentista na unidade mista Adalgisa Senobia, onde contaremos com uma sala disponibilizada para atendimento odontológico. Serão avaliados com a dentista, para priorizar um dia na semana para avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos, realizando a marcação de consultas em cada um dos casos. Será avaliado com o gestor a disponibilidade de materiais para atendimento odontológico.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a intervenção, será realizada por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da

comunidade. Com isto os ACS e os profissionais da UBS divulgarão locais para marcar as consultas com a dentista.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico todas as segundas-feiras, às 16 horas.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a busca de usuários hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas conforme a periodicidade recomendada, será realizada pela enfermeira, mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Serão realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores e a busca de usuários hipertensos faltosos a consulta. Serão avaliados de forma semanal a quantidade de usuários faltosos às consultas para realizar a busca ativa dos mesmos.

Eixo de organização e gestão do serviço: de forma semanal se realizará reunião da equipe, toda segunda-feira às 16 horas, se monitorará os usuários faltosos às consultas. Os ACS realizarão a busca ativa dos hipertensos, realizando uma nova marcação das consultas.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a intervenção e a necessidade de assistência a consulta, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e contamos com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis sobre a busca ativa dos usuários faltosos a consulta, serão realizadas reuniões com a equipe, organizadas pelo médico e pela enfermeira todas as segundas-feiras às 16 horas.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Eixo monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar o preenchimento de uma ficha de acompanhamento adequada para usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será realizada pelo médico, mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Serão realizadas uma avaliação mensal pelo médico da qualidade das fichas preenchidas no mês, assim como das fichas espelho e prontuários que são arquivadas na unidade.

Eixo de organização e gestão do serviço: de forma mensal se realizará reunião da equipe. Se disponibilizará por parte da secretaria de saúde, a impressão das fichas espelhos para seu preenchimento, além do material necessário.

Eixo de engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a intervenção, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e contamos com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis para um bom preenchimento das fichas e prontuários, serão realizadas reuniões pelo médico e pela enfermeira, as segundas-feiras às 16 horas.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a realização de estratificação de risco cardiovascular aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será realizada pelo médico mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, fichas clínicas preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas.

Eixo de organização e gestão do serviço: A estratificação de risco cardiovascular e escore de framingham será realizada pelo médico e alguns casos pela enfermeira em caso de ausência deste, todas às quintas-feiras no horário de consulta dos usuários hipertensos e se analisará na reunião da equipe mensal, na última segunda-feira às 16 horas. A data da próxima consulta será marcada em dependência da avaliação de risco feita, segundo o protocolo do Ministério da Saúde.

Se disponibilizará por parte da secretaria de saúde a impressão das fichas de avaliação de risco escore de framingham para cada um dos usuários hipertensos.

Eixo engajamento público: A ação de esclarecer a comunidade sobre a intervenção e avaliação de risco, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: Para a ação de capacitar a equipe e seus responsáveis para a realização da avaliação de risco cardiovascular e escore de framingham preconizado pelo Ministério da Saúde, serão realizadas reuniões, organizadas pelo médico nas segundas-feiras.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a realização de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será realizada pela enfermeira, mediante a revisão de fichas espelho e o livro de reuniões com equipe e a comunidade.

Serão analisados mensalmente, na reunião da equipe a realização de palestras e oficinas de alimentação saudável, com a presença da nutricionista, e se programará a próxima atividade a realizar pela equipe no próximo mês.

Eixo de organização e gestão do serviço: Para orientar os usuários hipertensos sobre alimentação saudável, serão realizados mensalmente, uma palestra com os usuários hipertensos e diabéticos pela nutricionista, além de serem

orientados nas consultas realizadas, sobre a importância de manter uma alimentação saudável. Além disso, os profissionais da saúde mediante as visitas domiciliares, orientarão a cada um dos usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre algumas ações de promoção e prevenção de saúde.

Os ACS serão os responsáveis de avisar aos usuários para que participem nas palestras e oficinas que serão realizadas pela nutricionista com a participação de toda a equipe. Também serão entregues convites para os membros da comunidade e conselho de saúde para que participem das atividades propostas.

Será disponibilizado por parte da secretaria de saúde os recursos necessários para a realização das palestras de alimentação saudável.

Eixo engajamento público: A ação de reunir a comunidade para a realização de palestras sobre a alimentação saudável, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e irá contar com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: A ação de capacitar a equipe e seus responsáveis para a orientação sobre alimentação saudável aos usuários será realizada pela nutricionista, na reunião mensal, as segundas-feiras, às 16 horas.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos 100% dos hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos 100% dos diabéticos

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a realização de orientação em relação à prática regular de atividade física aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será realizada pela enfermeira, mediante a revisão de fichas espelho e o livro de reuniões com equipe e a comunidade.

Será analisado de forma mensal, na reunião da equipe a realização de palestras e oficinas, com a presença da educadora física, e se programará a próxima atividade a realizar pela equipe no próximo mês.

Eixo de organização e gestão do serviço: Para orientar aos usuários hipertensos e diabéticos em relação à prática regular de atividade física, serão realizados de forma mensal.

Se programará a realização de uma caminhada de forma semanal todas as quintas-feiras às 17 horas com os usuários hipertensos e diabéticos com a direção da educadora física.

Se realizará também ações de fisioterapia nos usuários que assim necessitavam, após ser avaliados.

Se disponibilizará por parte da secretaria de saúde os recursos necessários para a realização das palestras.

Eixo engajamento público: A ação de reunir a comunidade para a realização de palestras e a prática de exercícios físicos, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: A ação de capacitar a equipe e seus responsáveis para a orientação sobre a prática de exercícios físicos aos usuários será realizada pela educadora física, na reunião mensal, as segundas-feiras, às 16 horas.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a realização de orientação em relação sobre os riscos do tabagismo aos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será realizada pela enfermeira, mediante a revisão de fichas espelho e o livro de reuniões com equipe e a comunidade.

Será analisado de forma mensal, na reunião da equipe a realização de palestras e oficinas, feita pela enfermeira, e se programará a próxima atividade a realizar pela equipe no próximo mês.

Eixo de organização e gestão do serviço: Para orientar os usuários hipertensos em relação à os riscos do tabagismo, serão realizados de forma mensal.

Se programará a criação de um grupo de usuários fumantes com o objetivo de eliminar o hábito de fumar mediante a utilização de adesivos transdermicos de nicotina e medicamentos nos casos que assim precisassem. O grupo incluiu oficinas todas às segundas-feiras às 14 horas, realizadas pela enfermeira.

Se disponibilizará por parte da secretaria de saúde os recursos necessários para a realização das palestras e oficinas.

Eixo engajamento público: A ação de reunir a comunidade para a realização de palestras e oficinas sobre o tabagismo, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e contamos com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: A ação de capacitar a equipe e seus responsáveis para a orientação sobre tabagismo aos usuários hipertensos será realizada pela enfermeira capacitada, na reunião mensal, as segundas-feiras, às 16 horas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação: A ação de monitorar e avaliar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será realizada pela enfermeira, mediante a revisão de fichas espelho e o livro de reuniões com equipe e a comunidade.

Serão analisados de forma mensal, na reunião da equipe a realização de palestras e oficinas, feita pela dentista, e se programará a próxima atividade a realizar pela equipe no próximo mês.

Eixo de organização e gestão do serviço: Para orientar aos usuários hipertensos em relação a higiene bucal, serão realizadas palestras pela dentista, além de ser orientados nas consultas realizadas. Serão feitas as palestras segundo a programação do mês com a participação da equipe em geral.

Se disponibilizou por parte da secretaria de saúde os recursos necessários para a realização das palestras e oficinas.

Eixo engajamento público: A ação de reunir a comunidade para a realização de palestras e oficinas sobre higiene bucal, será realizada pelos ACS e profissionais da saúde, por meio de reuniões e iremos contar com o apoio da comunidade.

Eixo de qualificação da prática clínica: A ação de capacitar a equipe e seus responsáveis para a orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos será realizada pela dentista, na reunião mensal, as segundas-feiras, às 16 horas.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos cadastrados no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Numerador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade.

Meta 1.2: Ampliar a cobertura de usuários diabéticos cadastrados no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde para 100%.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número de diabéticos residente na área de abrangência da unidade.

Meta 2.1: Realizar o exame clínico de acordo com o protocolo em todos os usuários hipertensos cadastrados no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar o exame clínico de acordo com o protocolo em todos os usuários diabéticos cadastrados no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar os exames complementares de acordo com o protocolo em todos os usuários hipertensos cadastrados no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Realizar os exames complementares de acordo com o protocolo em todos os usuários diabéticos cadastrados no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aos usuários hipertensos.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição da farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia aos usuários diabéticos.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição da farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde com atendimento odontológico.

Meta2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde com atendimento odontológico.

Meta 3.1: Realizar busca ativa dos usuários hipertensos faltosos às consultas

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 3.2: Realizar busca ativa dos usuários diabéticos faltosos às consultas

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 4.1: Registrar adequadamente os dados dos usuários hipertensos na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Registrar adequadamente os dados dos usuários diabéticos na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.2: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1: Proporcionar aos usuários hipertensos orientação nutricional sobre alimentação saudável

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Proporcionar aos usuários diabéticos orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Proporcionar aos usuários hipertensos orientação sobre a prática de atividade física regular.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Proporcionar aos usuários diabéticos orientação sobre a prática de atividade física regular.

Indicador 6.4: Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Proporcionar aos usuários hipertensos orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Proporcionar aos usuários diabéticos orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Para a realização do projeto de intervenção referente ao Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, será utilizado os manuais técnicos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do ano 2013, o qual será impresso um total de 10 cópias.

Estimamos alcançar com a intervenção o cadastro adequado dos usuários hipertensos e diabéticos para conseguir a cobertura proposta de 100%. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da impressão das 250 fichas espelhos e 250 fichas complementar.

Com o intuito de organizar os registros, serão utilizados os prontuários do usuários hipertensos e diabéticos, ficha do cadastro do Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde. Iremos realizar contato com o gestor municipal para dispor das fichas do Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, para imprimir a planilha complementar e esta ser anexada as fichas do Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde.

Destaca-se que a ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico irá elaborar uma ficha complementar que vai ser preenchida pelo dentista e o auxiliar de dentista. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

O monitoramento da ação programática será de responsabilidade do médico. Este monitoramento irá ocorrer por meio da revisão do livro de registro identificando os usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para acompanhamento nos últimos 3 meses e se localizará os prontuários destes

usuários, transcrevendo todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho.

Irá ser realizado o primeiro monitoramento anexando as informações referente aos valores da pressão arterial, glicemia, dados positivos ao exame físico, avaliação do risco cardiovascular, consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, fatores de riscos associados, valoração nutricional, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e estado de compensação da doença, sendo que isto será realizado pelos ACS.

O acolhimento dos usuários portadores de HAS e diabetes se realizará pela equipe com avaliação de usuários descompensados e com problemas agudos de saúde. Ressalta-se que para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. As consultas agendadas do Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde serão feitas todas às quartas e quintas-feiras.

Ressalta-se que as intercorrências serão feitas no mesmo turno, na premissa de agilizar o tratamento de complicações. Os usuários que buscam consultas de rotina ou medicamentos terão prioridade no agendamento.

Em relação a qualificação da equipe, a intervenção será iniciada com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e Diabetes Mellitus para toda a equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe que terá como profissional responsável o médico.

Em relação a sensibilização da comunidade, faremos contato com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde e do projeto de intervenção. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Por conseguinte, destaca-se que as ações serão desenvolvidas até o dia 10 do mês de abril. Ao final de cada mês, as informações coletadas serão consolidadas na planilha eletrônica.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Após 12 semanas de intervenção, conseguimos realizar um trabalho de maneira tranquila, aumentando em cada semana o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, apesar da redução do período da intervenção de 16 semanas para 12 semanas.

Realizamos diversas ações, tais como: capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o Manual Técnico de HAS e Diabetes; Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; Cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa; Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e Diabetes solicitando apoio para a captação de usuários e para as demais estratégias que serão implementadas.

Durante todas estas semanas, a atividade consecutiva e mais importante tem sido o atendimento clínico dos usuários. Realiza-se pelo médico o exame físico geral, realização de avaliação de risco para estas doenças e escores de framingham em cada um dos usuários.

Conseguimos uma melhor adesão dos usuários ao programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, pois foi entregue uma caderneta a cada um dos usuários, com dados das consultas feitos e a data da próxima consulta, o que trouxe como resultado que os usuários estão comparecendo mais a UBS.

A população cooperou em todos os casos, mas ainda assim tivemos que fazer busca ativa dos usuários. Os ACS têm um papel importante e chave, pois eles são o vínculo principal entre a UBS e os usuários, além de garantir que todas as informações e ações sejam orientadas e cumpridas na hora certa.

Os exames são feitos em tempo para procurar um bom controle na saúde para os usuários, ficando satisfeitos na realização dos exames, que depois de ser marcados tardava muito tempo em ser realizada a coleta, sendo uma vez ao mês, a nossa dificuldade é que os resultados demoram um pouco para chegar, mas não gerou impacto negativo em nossa população.

Contamos com versão atualizada do protocolo impresso na UBS, solicitamos ao gestor municipal a confecção das fichas espelhos, não tendo problemas com sua impressão. Na UBS há todos os instrumentos adequados para a tomada da pressão arterial e realização do hemoglicotestes.

Um profissional educador físico nos ajudou na orientação e na prática de exercícios com o grupo. São realizadas caminhadas todas às quintas-feiras e isso virou uma rotina para a equipe e para o grupo de atenção de hipertensos e diabéticos.

Vamos tentar manter parcerias com os laboratórios conveniados com o SUS em outro município, para definir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo. Todas as atividades foram realizadas segundo o cronograma.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Todas as atividades que apresentamos dificuldades foram solucionadas. A nossa maior dificuldade foi a avaliação odontológica, mas conseguimos resolver este obstáculo.

3.3 Dificuldades encontradas na sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades com a coleta de dados, a planilha está bem estruturada fornecida pelo curso. Ela contém todas as informações, além de apresentar os indicadores necessários para realizar a avaliação dos dados, além disso, orientadora da turma mantém atenção semanal ao comportamento dos indicadores e faz sugestões adequadas para melhorar o trabalho.

3.4 Análise e incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A equipe sente-se parte ativa de este processo, e isso constitui a sua vez uma facilidade em nosso trabalho, igual à disponibilidade do protocolo de atuação e o apoio dos gestores durante a aplicação do projeto de intervenção.

A perspectiva da equipe é incorporar o projeto na rotina de trabalho da equipe, ação de muita importância para o desenvolvimento do trabalho com o Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, segundo os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Na verdade, essa ação programática já está incorporada, pois já temos um cronograma de consultas feito, os usuários saem das consultas com a data da próxima consulta, se continuam realizando as ações de promoção e prevenção de saúde e a prática de exercícios físicos, outra questão muito importante e continuar com o cadastramento das novas captações de usuários em consultas, buscando sua incorporação ao grupo. Penso que o projeto pode ficar implementado de forma cotidiana, no dia a dia, buscando assim a melhoria da atenção destes usuários.

Acredito que esta estratégia de trabalho está sendo ótima e vai ser muito boa para a população, e que fique formando parte da rotina do trabalho na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Esta intervenção foi estruturada, visando melhorar atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Jose da Costa Veloso, a qual atende uma área de abrangência urbana no município de Canavieira, estado do Piauí.

Contamos com uma população de 1.726 habitantes, sendo que segundo dados do SIAB, antes de realizar a intervenção, existiam 193 usuários hipertensos e 48 usuários diabéticos.

De acordo com a estimativa do CAP, haveria um total de 263 hipertensos e 65 diabéticos na área de abrangência da unidade. No entanto, os ACS fizeram uma atualização e com isso concluímos que o total é, de fato, 193 usuários hipertensos e 48 usuários diabéticos, ou seja, a estimativa do CAP estava superestimando o total hipertensos e diabéticos de nossa área.

Resultados referentes aos hipertensos

Objetivo1: Ampliar a cobertura de hipertensos.

Meta 1.1: Ampliar para 100% a cobertura dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade da saúde.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, observa-se uma cobertura de 40,9% (79 hipertensos) na unidade de saúde. No segundo mês, a cobertura foi de 66,3% (128 hipertensos) e no terceiro mês a cobertura alcançada foi de 90,2% (174 hipertensos).

A equipe conseguiu alcançar 90,2%, em que os agentes de saúde tiveram um papel essencial na realização deste objetivo, pois realizarem a busca dos faltosos, com a realização das visitas domiciliares e o cadastro dos usuários no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde. A equipe recebeu capacitações na premissa de aprenderem a realizar o cadastramento.

Também influenciou na realização deste objetivo a comunicação à comunidade sobre a existência da intervenção, onde a equipe esclareceu sobre a importância da sua realização, contando assim com o apoio de todos.

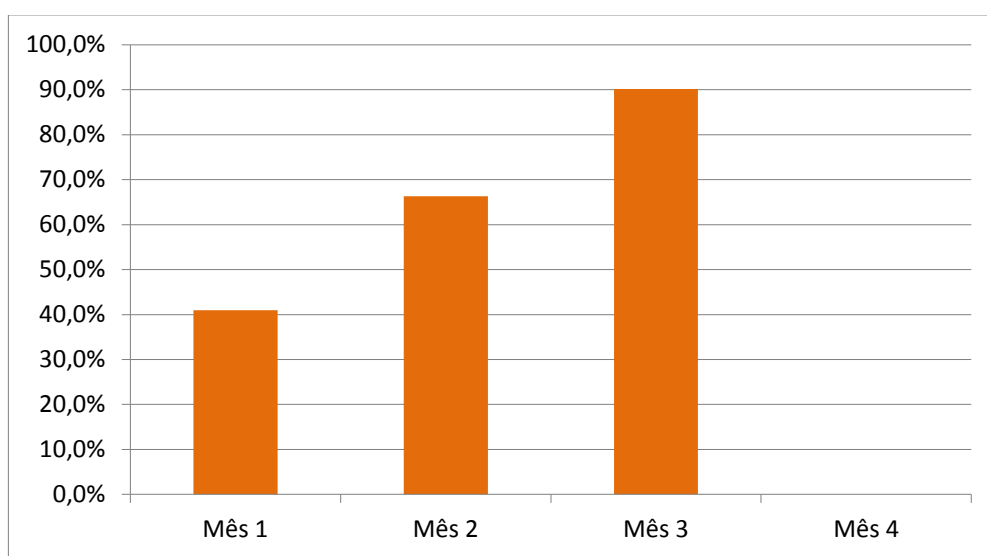


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde..

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, 81% (70) dos usuários tiveram exame clínico apropriado conforme o protocolo. No segundo mês, 72,7% (93) dos

usuários tiveram exame clínico apropriado e no terceiro mês 68,4% (119) dos usuários tiveram exame clínico apropriado.

Conseguimos alcançar estes resultados, mediante a avaliação dos dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar e pressão arterial, durante as consultas realizadas pelo médico, todas às quintas-feiras. Para isto, foi necessário à divulgação das consultas médicas para os usuários hipertensos, através dos ACS, propiciando assim a assistência dos usuários para um exame clínico apropriado.

Destaca-se o trabalho em conjunto de todos os profissionais, ficamos muito satisfeitos com a assistência dos usuários a consulta para realizar o exame físico, conseguindo assim a melhoria da qualidade de vida de nossos usuários.

Não conseguimos realizar o exame físico em todos os usuários porque em nossa área de abrangência temos usuários acamados, que não podiam-se movimentar até à UBS, e foi preciso realizar o exame físico em casa, onde não foi possível realizar verificação do peso, altura e exame físico adequado por não apresentar as condições necessárias. Além disso, temos alguns usuários hipertensos com problemas de saúde mental, como esquizofrenia que não colaboraram na realização de um exame físico adequado.

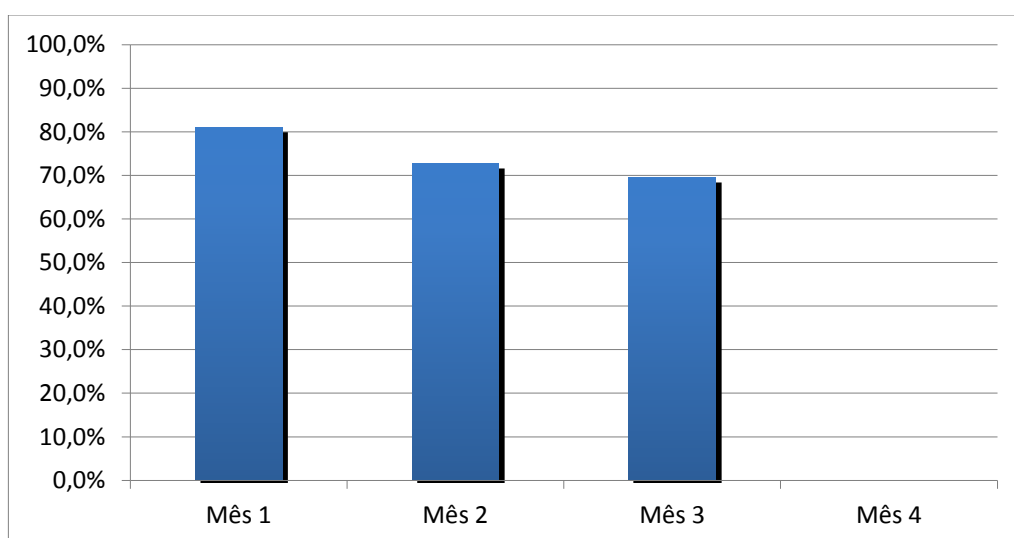


Figura 2: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição do Resultado: Ao final do primeiro mês de intervenção, 63,3% (50) dos usuários hipertensos cadastrados estavam com exames complementares em dia. No segundo mês, atingimos 50,8% (65) com os exames complementares em dia e no terceiro mês atingimos 44,3% (77) de usuários hipertensos com exames complementares em dia.

Enfrentamos algumas dificuldades como o tempo de demora em realização destes exames por parte do município, devido à alta demanda de usuários, além disso, os exames são coletados no município, mas são transportados para o município de Florianópolis. Estes resultados levam mais de 15 dias para ser liberados, o que dificulta a avaliação dos mesmos, repercutindo nos resultados da intervenção. A realização do eletrocardiograma, que somente é possível de ser realizada na rede privada. Entrou-se em contato com a gestão, solicitando agilidade na realização destes exames.

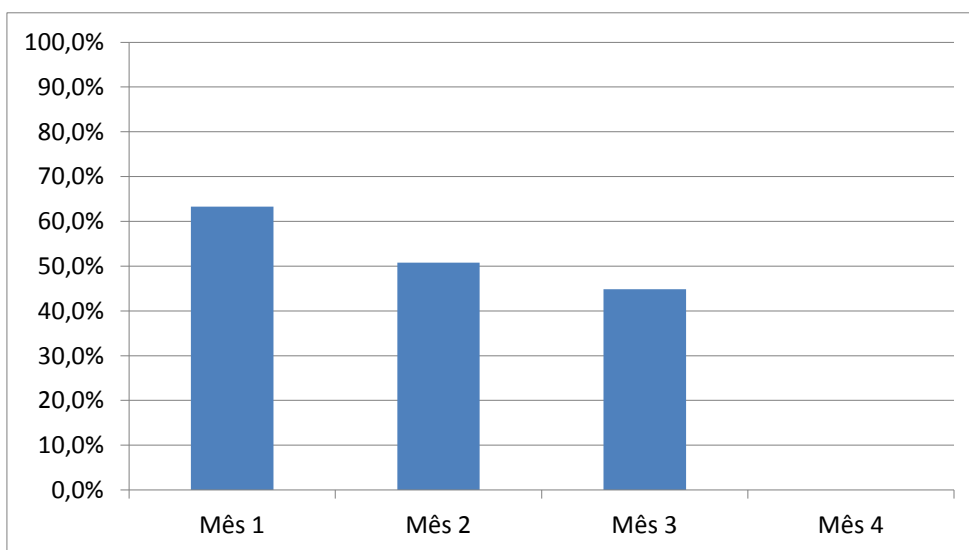


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Descrição do Resultado: No primeiro mês 100% (79) dos usuários hipertensos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No segundo mês, 95,3% (122) dos usuários hipertensos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e no terceiro mês, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos foi de 96% (167) com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Para cumprir este objetivo foi avaliado em toda consulta a medicação usada pelo usuário hipertenso, em que constatamos que alguns usuários (7) são acompanhados por outros profissionais da rede privada, portanto foram prescritos com medicações que não estava disponibilizado na farmácia popular. Ressalta-se que teve usuários que foi preciso realizar mudanças propostas no seu tratamento. Buscamos divulgar para os hipertensos sobre os direitos dos usuários a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, a qual foi visitada mensalmente, com o objetivo de verificar a presença de medicamentos para os hipertensos.

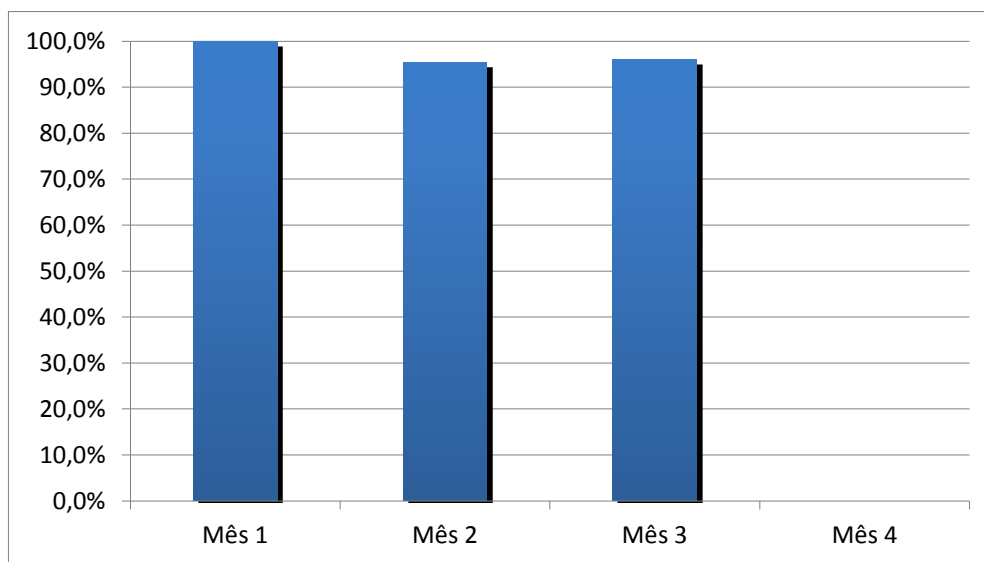


Figura 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, 46,8% (37) de usuários hipertensos foram avaliados com necessidade atendimento odontológico. No segundo mês 39,8% (51) de usuários hipertensos foram avaliados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e no terceiro mês 36,2% (63) de usuários hipertensos foram avaliados com necessidade atendimento odontológicos.

A UBS consta com o serviço odontológico, mas não esta presente na mesma UBS e sim no hospital do município. Contamos com uma dentista que trabalha três dias na semana e foi difícil, mas conseguimos a participação da dentista na intervenção, realizando assim algumas avaliações dos usuários hipertensos. Falamos com o gestor para tomar estratégias para apressar a avaliação odontológica dos usuários.

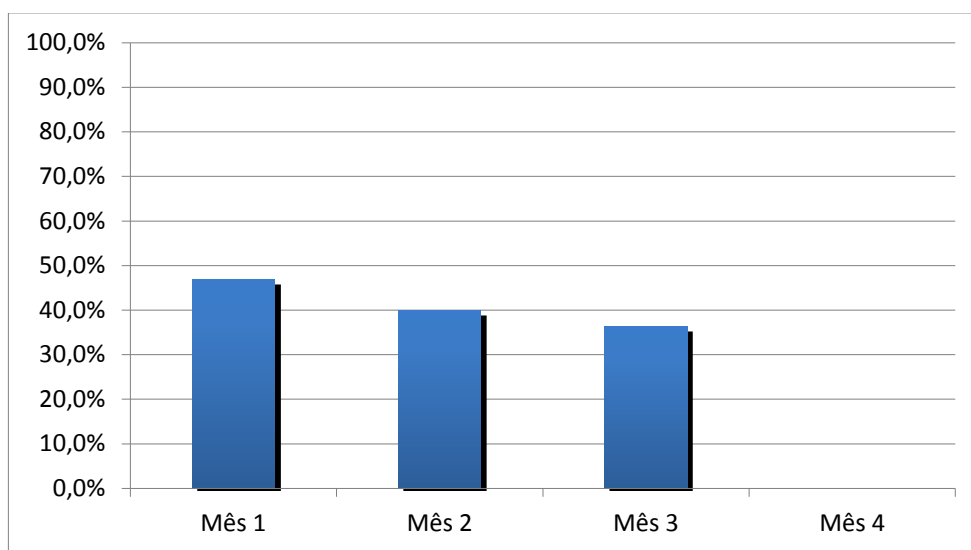


Figura 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos ao programa

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% dos usuários Hipertensos faltosos nas consultas.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Descrição do resultado: No primeiro mês atingimos 96,4 % (27) dos usuários faltosos a consultas com busca ativa. No segundo mês 94% (47) dos usuários hipertensos faltosos a consulta foi feito a busca ativa, e no terceiro mês atingimos 95,8% (69) usuários hipertensos.

A ação que mais auxiliou na realização deste objetivo foram as visitas domiciliares realizadas pelos 6 ACS, procurando cada um dos usuários faltosos, e insistindo na assistência dos mesmo as consultas. Nos casos mais difíceis, foi necessária a visita domiciliar do médico ou enfermeira para realizar avaliação.

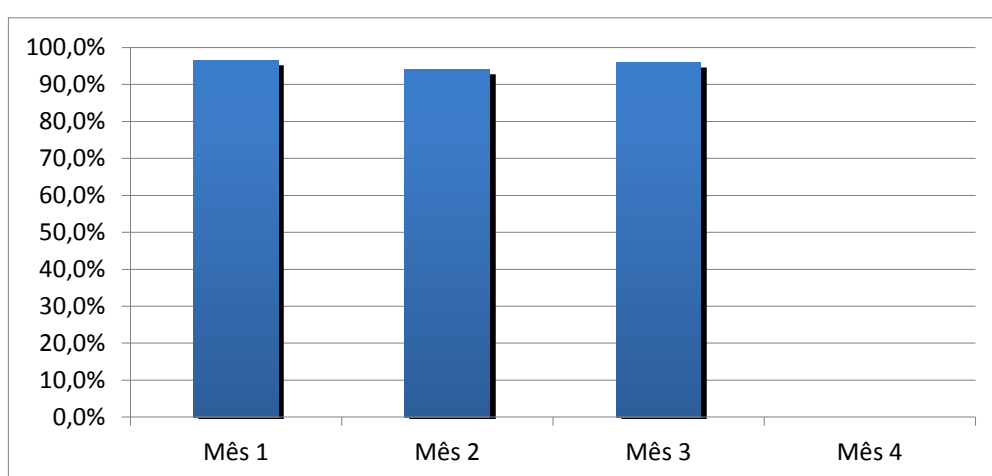


Figura 6: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Registrar 100% dos usuários Hipertensos da área de abrangência na ficha de acompanhamento da unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Descrição do Resultado: No primeiro mês obtemos 97,5% (77) dos usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês, 97,7% (127) com registro adequado na ficha de acompanhamento. No terceiro mês, obtivemos 97,1% (169) com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros necessários para o adequado acompanhamento aos usuários hipertensos, além de

realizar a entrega de cadernetas aos usuários com dados da consulta realizada e data da próxima consulta.

Para cumprir com este objetivo, foi necessário a ajuda da secretaria de saúde que proporcionou desde o primeiro momento, a impressão das fichas necessárias, para os preenchimentos das consultas, o cadastramento e as fichas de avaliação de risco de cada um dos usuários. Ficamos satisfeitos com o resultado obtido, pois agora contamos com um registro adequado de nossos usuários na unidade de saúde.

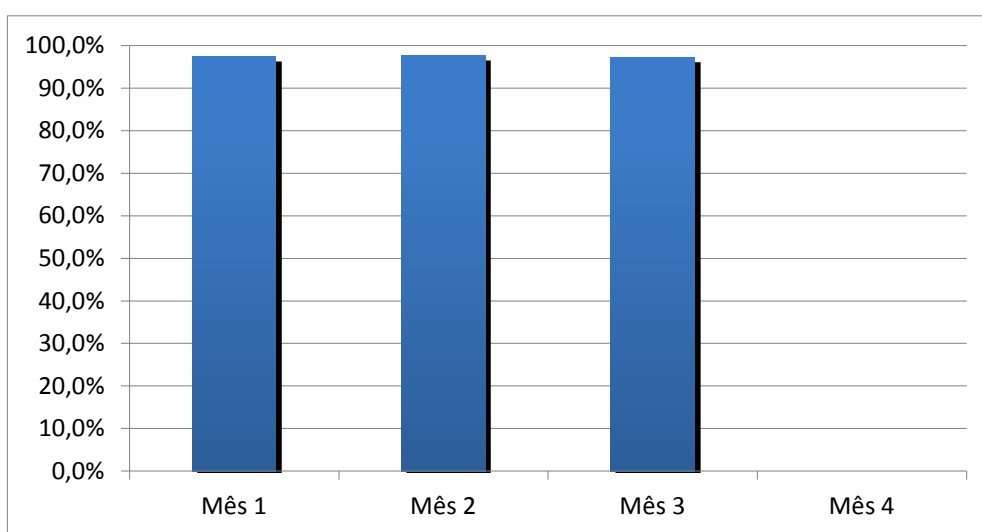


Figura 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 5: Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos Hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, 98,7% (78) de usuários hipertensos para estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês, 86,7% (111) de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular e no terceiro mês, atingimos 82,8% (144) com estratificação de risco cardiovascular.

Apresentamos dificuldades como a realização e demora na chegada dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular, foi um

dos grandes desafios. Isto influiu negativamente nos resultados, foi avaliada com a gestão a situação apresentada como a demora na chegada dos resultados, em que se tomaram estratégias, mas ainda assim não cumprimos nossa meta. A equipe vai continuar realizando a estratificação de risco ao incorporar a intervenção na rotina do serviço o que nos ajuda a melhorar a qualidade de vida de nossos usuários.

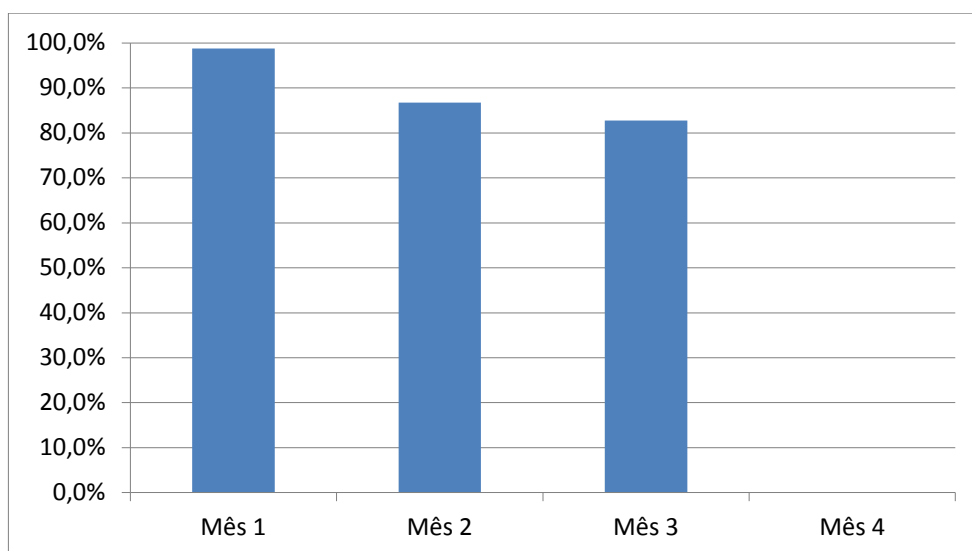


Figura 8: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A equipe trabalhou intensamente realizando oficinas programadas, como também aproveitando as salas de espera, no acolhimento trabalhando e divulgando estas informações. Realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, além de parcerias com a nutricionista do NASF.

Nossos usuários e a comunidade mostraram em todo momento muito entusiasmo nas práticas coletivas, pelo que foi incorporado nossa rotina de trabalho,

buscando modificar estilos e condições de vida de nossos usuários ao incorporar hábitos de alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% de orientação sobre a prática de atividade física regular. Este indicador manteve-se em 100%, pois a equipe em parceria com NASF trabalhou intensamente orientando os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física. Foram realizadas palestras e foi criado um grupo de hipertensos e diabéticos, que realiza caminhadas junto à equipe de saúde todas as semanas, durante as 12 semanas de intervenção, o que continuará sendo feita com a ajuda da educadora física. Conseguimos incorporar o maior número de usuários a estas ações.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre os riscos do tabagismo. A equipe trabalhou intensamente, realizando palestras. Foi criado um grupo antitabagismo que com ajuda da enfermeira capacitada se trabalha para eliminar o hábito do fumo, mediante orientações e medicamentos com os quais os resultados foram muito satisfatórios.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre higiene bucal. Foi possível orientar usuários sobre higiene bucal em consultas. Também trabalhamos o assunto nas jornadas do Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da saúde. A principal dificuldade foi

que não conseguimos realizar uma palestra cujo tema principal seja a saúde bucal, mas aproveitamos as consultas e as jornadas feitas de Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da Saúde para orientar a todos os usuários sobre higiene bucal.

Resultados referentes a Diabéticos

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a diabéticos.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, a cobertura foi de 39,6% (19). No segundo mês a cobertura passou para 58,3% (28) e no terceiro mês foi para 77,1% (37), em que toda a equipe trabalhou intensamente para melhorar este indicador. A equipe não conseguiu alcançar a meta de 100%, devido a redução do período da intervenção, porém os ACS tiveram um papel essencial na realização deste objetivo, pois realizarem a busca dos faltosos, com a realização das visitas domiciliares e o cadastro dos usuários no programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde.

Também influiu na realização deste objetivo a comunicação à comunidade sobre a existência da intervenção, em que a equipe esclareceu sobre a importância da sua realização, contando assim com o apoio de todos.

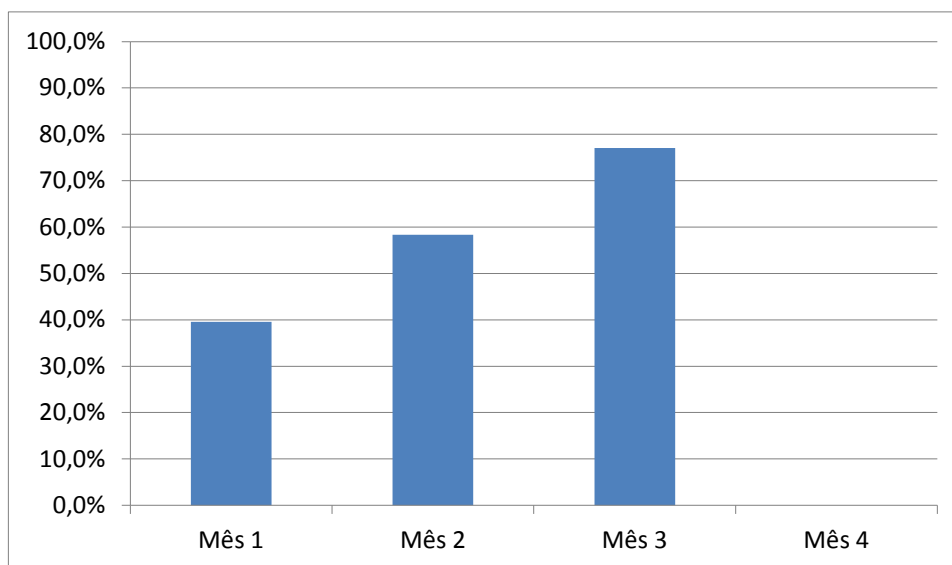


Figura 9: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção aos diabéticos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, tivemos 100% (19) de usuários diabéticos com exame clínico apropriado. No segundo mês, tivemos 92,9% (26) dos usuários com exame clínico apropriado e no terceiro mês tivemos 97,3% (36) dos usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

Conseguimos alcançar estes resultados, mediante a avaliação dos dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar e pressão arterial, durante as consultas realizadas pelo médico, todas às quintas-feiras. Para isto, foi necessário à divulgação das consultas médicas para os usuários diabéticos, através dos ACS, propiciando assim a assistência dos usuários para um exame clínico apropriado.

A equipe conseguiu alcançar estes indicadores devido ao trabalho em conjunto de todos os profissionais, ficamos muito satisfeitos com a assistência dos usuários diabéticos a consulta para realizar o exame físico, conseguindo assim a melhoria da qualidade de vida de nossos usuários.

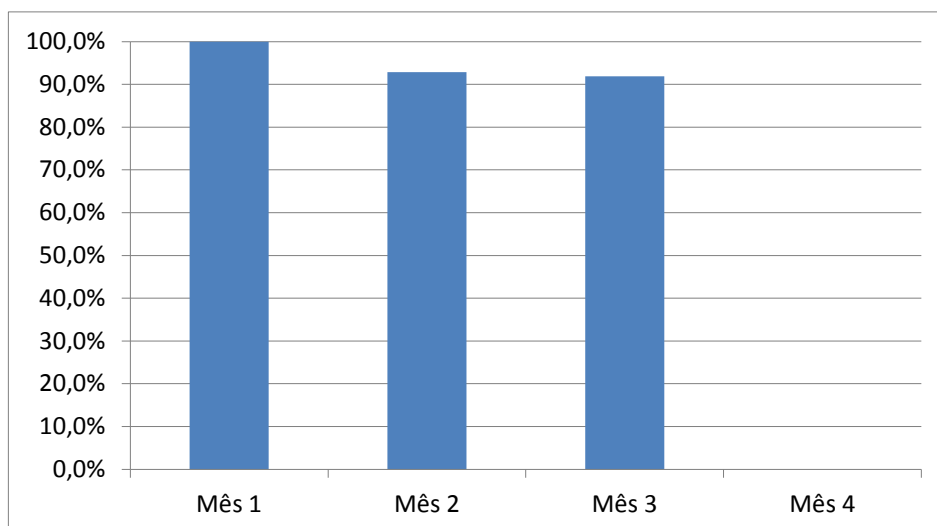


Figura 10: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, obtemos 73,7% (14) dos usuários diabéticos com exames complementares em dia. No segundo mês, obtemos 67,9% (19) dos usuários diabéticos com exames complementares em dia e no terceiro mês foi possível atingir 59,5% (22) de usuários diabéticos com exames complementares em dia.

Enfrentamos algumas dificuldades como o tempo de demora em realização destes exames por parte do município, além disso, o tempo de chegada destes exames que levavam mais que 15 dias, dificultando a avaliação dos mesmos. Além disso, a realização de eletrocardiograma, que somente é possível de ser realizada na rede privada. Entrou-se em contato com a gestão, solicitando agilidade na realização destes exames.

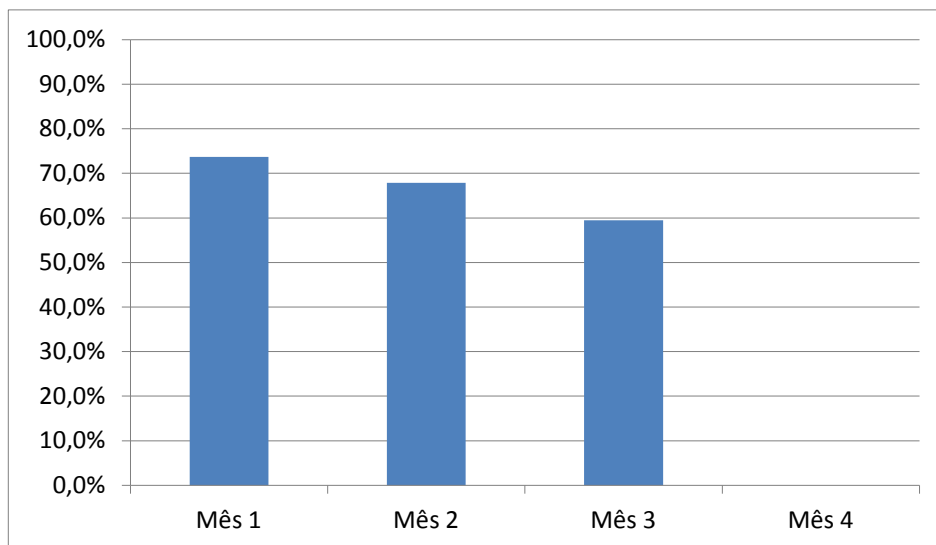


Figura 11: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Descrição do resultado: Em todos os meses, atingimos 100% de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Não tivemos falta de medicamentos na farmácia popular sendo isto uma potencialidade que temos em nosso município. Desde o início constatamos que a maioria de nossos usuários usavam medicamentos que poderiam ser prescrito na farmácia popular, pelo que foi, mas fácil poder atingir esta meta.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, 52,6% (10) usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, 46,4% (13) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e no terceiro mês, 43,2% (16) de usuários com necessidade de atendimento odontológico.

A UBS consta com o serviço odontológico, mas não está presente na mesma UBS e sim no hospital do município. Contamos com uma dentista que trabalha três dias na semana e foi difícil, mas conseguimos a participação da dentista na intervenção, realizando assim algumas avaliações dos usuários pertencentes ao Programa de Atenção de Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde.

Dialogamos com o gestor para tomar decisões, visando agilizar a avaliação odontológica dos usuários diabéticos. Não ficamos satisfeito com este indicador, pois a meta não foi cumprida em sua totalidade, mas continuaremos trabalhando no comprimento deste objetivo ao incorporar nossa intervenção na rotina de trabalho.

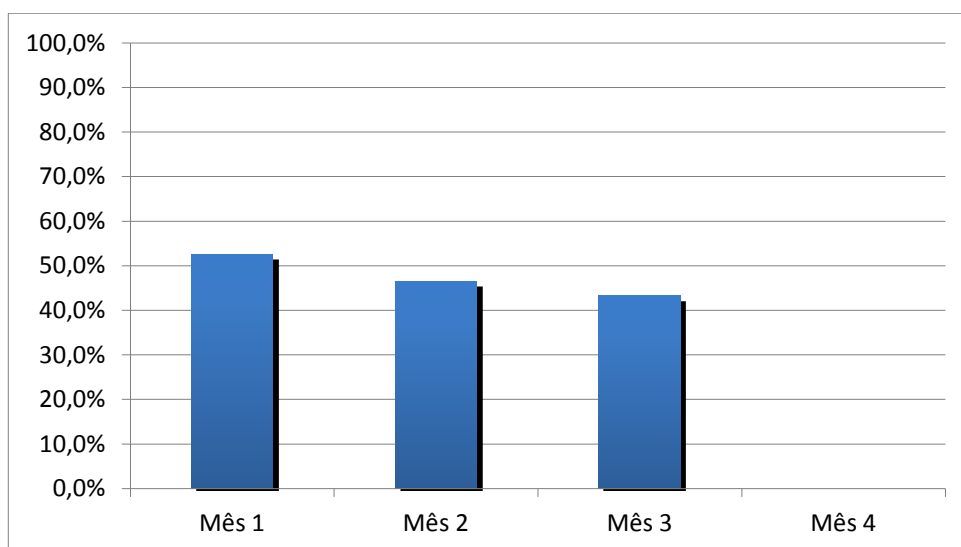


Figura 12: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos diabéticos ao programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Descrição do resultado: No primeiro mês atingimos 100% (3) dos usuários faltosos a consultas com busca ativa. No segundo mês 80% (4) dos usuários

diabéticos faltosos a consulta. No terceiro mês atingimos 88,9% (8) dos diabéticos faltosos as consultas médicas.

Destaca-se que este indicador se manteve assim, devido ao importante trabalho dos ACS na busca ativa dos faltosos as consultas. Foram organizadas visitas domiciliares, buscando reagendar as consultas, realizando um melhor acolhimento. Nos casos mais difíceis, foi necessária a visita domiciliar do médico ou enfermeira para realizar avaliação.

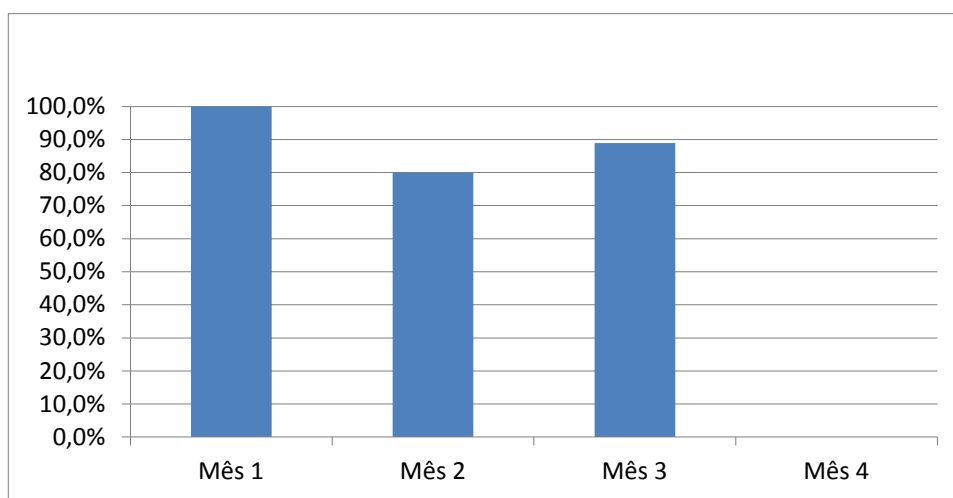


Figura 13: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Descrição do Resultado: No primeiro mês, 94,7 % (18) usuários diabéticos apresentarem registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês 96,4% (27) usuários diabéticos apresentarem registro adequado na ficha de acompanhamento e no terceiro mês atingimos um 97,3% (36) dos usuários diabéticos.

Desde o início a equipe foi capacitada no preenchimento de todos os registros necessários, além que contamos com o material para um adequado preenchimento, com isto conseguimos manter um bom registro que constitui uma

potencialidade para o adequado acompanhamento ao usuário, não apresentamos dificuldades para cumprir esta meta.

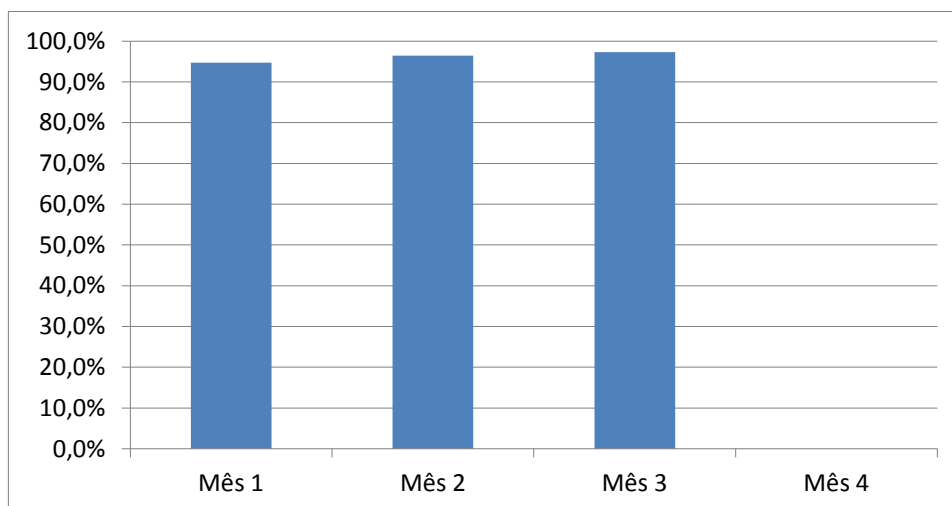


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 5: Mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Descrição do Resultado: No primeiro mês, 100% (19) usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês, 85,7% (25) usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular e no terceiro mês atingimos 83,8% (31) de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Tivemos dificuldades como a realização e demora na chegada dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular, pois os exames são feitos em outro município e demoram 15 dias em chegar os resultados, isto dificulta atingir esta meta completamente, já que nosso município não conta com laboratório para a realização dos exames.

Não obstante, contamos com o apoio da gestora que traçou estratégias para a realização dos exames em tempo. A principal dificuldade foi à chegada dos resultados. A equipe vai continuar realizando a estratificação de risco ao incorporar a

intervenção na rotina do serviço o que nos ajuda a melhorar a qualidade de vida de nossos usuários.

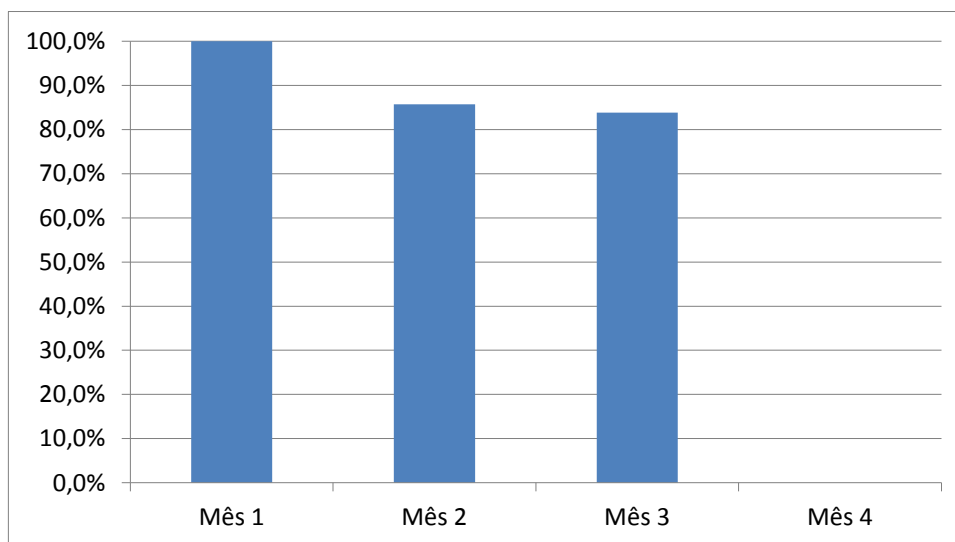


Figura 15: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6: Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Descrição do resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação nutricional sobre alimentação saudável. Foi possível atingir este indicador, pois toda a equipe trabalhou realizando oficinas programadas, no acolhimento trabalhando e divulgando estas informações.

Realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, além de parcerias com a nutricionista do NASF. Nossos usuários e a comunidade mostraram entusiasmo nas práticas coletivas, pelo que foi incorporada nossa rotina de trabalho, logrando modificar estilos e condições de vida de nossos usuários ao incorporar hábitos de alimentação saudável.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre a prática de atividade física regular. Este indicador manteve-se em 100%, pois a equipe em parceria com NASF trabalhou intensamente orientando os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física. Foram realizadas palestras e foi criado um grupo de diabéticos, que realiza caminhadas junto a equipe de saúde todas as semanas, durante as 12 semanas de intervenção. Esta atividade continuará sendo realizada com a ajuda da educadora física. Estamos buscando incorporar o maior número de usuários a estas ações.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre os riscos do tabagismo. A equipe trabalhou intensamente, realizando palestras, foi criado um grupo antitabagismo que com ajuda da enfermeira capacitada se trabalha para eliminar o hábito do fumo mediante orientações e medicamentos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de Diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Descrição do Resultado: Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre higiene bucal. Foi possível orientar os usuários sobre higiene bucal em consultas. Também trabalhamos o assunto nas jornadas de Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da saúde. A principal dificuldade foi que não conseguimos realizar uma palestra cujo tema principal seja a saúde bucal, mas aproveitamos as consultas e as jornadas realizadas pelo Programa de atenção ao hipertenso e diabético do Ministério da saúde para orientar todos os usuários sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou uma melhora na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS José da Costa Veloso, a qual atende uma área de abrangência urbana e rural no Município de Canavieira, estado do Piauí. Foi possível realizar o cadastramento de 90,2% dos Hipertensos e 77,1% dos Diabéticos da área de abrangência, monitorando e avaliando a qualidade da atenção destes usuários, mediante o exame físico em cada um deles, a realização de exames laboratoriais conforme o protocolo de saúde e a prescrição de medicamentos necessários, além da realização de estratificação de risco para hipertensos e diabéticos. Melhoramos os registros da UBS e a qualificação da atenção de ambos grupos.

Melhoramos os registros da UBS e a qualificação da atenção de ambos grupos. Foram feitas durante todo o período da intervenção oficinas e palestras realizadas pela equipe incluindo a equipe do NASF, em que se realizaram palestras relacionadas sobre alimentação saudável, fatores de risco para o desenvolvimento das complicações em usuários diabéticos e hipertensos, importância da realização de atividades físicas, além de outros temas que por sua importância foi preciso realizar. Em todas as atividades realizadas, a participação dos usuários foi excelente.

Em algumas oficinas foi entregue alguns sapatos e aparelho para teste de glicemia capilar para usuários diabéticos como parte do programa. São realizadas semanalmente caminhadas com o grupo de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde que se incorporou já a rotina da equipe.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM, promovendo o trabalho em equipe integrado, em que foi determinado as atribuições de cada um dos profissionais envolvidos na intervenção.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram centradas no médico. Os usuários procuravam a UBS somente quando precisavam de alguma medicação. Após o início da intervenção, foi possível

realizar uma revisão das atribuições de cada membro da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de usuários, buscando melhorar o controle das consultas. O cadastramento, a melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A realização da classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, tem sido de muita importância para priorizar o atendimento dos usuários.

O impacto da intervenção já foi percebido por uma boa parte da comunidade, sabemos que falta muito, pois falta a continuidade do trabalho diário. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade do atendimento. Até agora se realizou uma ampliação da cobertura do programa, resgatando todos aqueles usuários que não assistiam a consulta. Os usuários estão entusiasmados com as atividades que de forma mensal a equipe realiza com o grupo, como caminhadas semanais, consultas e palestras o que chama muito a atenção da comunidade olhando de outra forma o desenvolvimento e comprometimento da equipe na área da saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início, tivéssemos iniciado a avaliação odontológica desde o início da intervenção, com a ajuda da dentista, o que dificultou o alcance desta meta. Também teria que existir uma prioridade na realização de exames laboratoriais e sobre a chegada dos resultados em tempo para uma boa avaliação. Além disso, faltou articulação com a comunidade para explicar a priorização da atenção a estes usuários.

Agora que concluímos a intervenção percebo que a equipe está bem integrada e orientada, porém como vamos incorporar a intervenção á rotina do serviço, teremos melhores condições de superar as dificuldades encontradas no transcurso da intervenção e dar soluções as mesmas, obtendo nosso objetivo que é a melhoria da atenção nestes pacientes.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização de atendimento a atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Continuar com o processo de avaliação odontológica dos usuários, assim como a avaliação dos resultados dos exames laboratoriais, estabelecendo prioridades.

Contamos com uma ficha adequada para o registro dos usuários, o que nos ajuda no acompanhamento e monitoramento dos indicadores que tínhamos previsto

no projeto. Continuaremos com as consultas programadas seguindo o protocolo de Ministério da Saúde, além de continuar com a busca ativa de fatores de risco.

Realizaremos a busca de sinais e sintomas que orientam ao desencadeamento da HAS e DM, com o objetivo de realizar o cadastramento e incorporação no programa. Também continuaremos trabalhando na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Tendo este projeto como exemplo, também pretendemos implementar um projeto de intervenção ao programa de prevenção do câncer de colo de útero e de mama na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Como é conhecido pelos senhores a intervenção foi iniciada no mês de fevereiro com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Jose da Costa Veloso, do município de Canavieira, do estado de Piauí. É importante conhecer que a equipe, durante todo o processo de organização consultou suas opiniões e critérios em cada período do curso para o desenvolvimento da intervenção.

Conseguimos melhorar muito os indicadores de cobertura na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe encontra-se muito satisfeita com o apoio recebido pelos gestores garantindo os materiais que foi preciso para o desenvolvimento da intervenção, o que foi muito importante para os resultados finais onde alcançamos 90,2% de cobertura do grupo de hipertensos e 77,1% dos diabéticos.

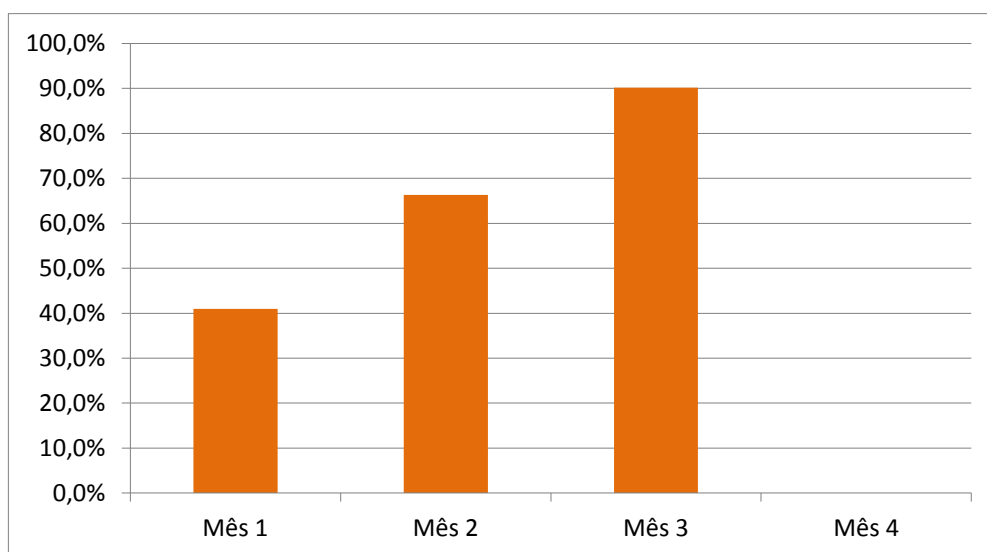


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde..

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

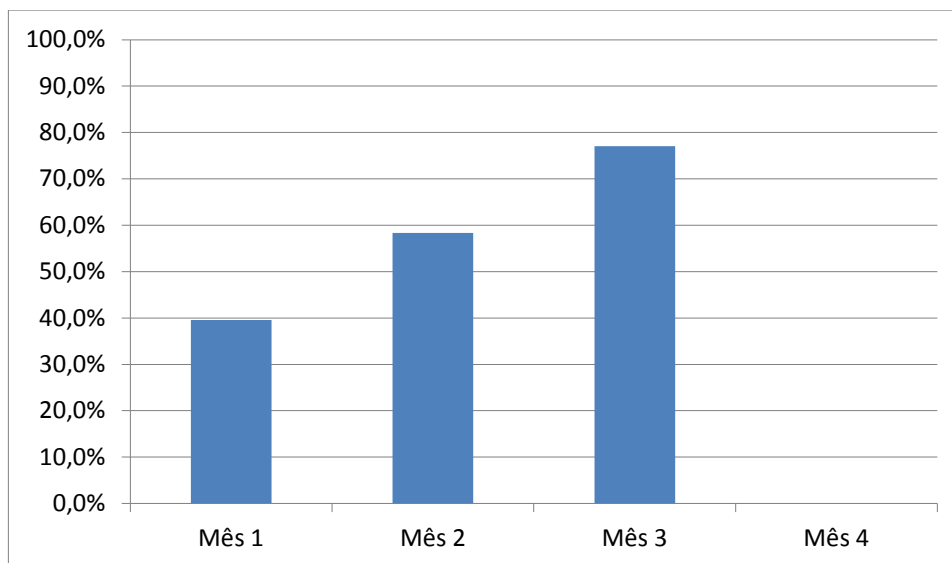


Figura 9: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Vale ressaltar que outros indicadores também foram melhorados como a melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos onde foram avaliados a realização de estratificação de risco, a realização de exame clínico apropriado, a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos usuários cadastrados na unidade de saúde e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Também foi melhorado o registro adequado na ficha de acompanhamento que anteriormente não apresentavam bom registro, a adesão dos usuários ao grupo assim como as orientações sobre nutrição saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo e saúde bucal. Em cada um deles obtivemos bons resultados sendo que 96% dos usuários hipertensos e diabéticos tem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/priorizada, 97% dos usuários Hipertensos e Diabéticos tem registro adequado na ficha de acompanhamento e 100% dos usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal.

A equipe está muito satisfeita com os resultados alcançados, contudo acredita que para melhorar e ampliar o acesso integral da população faz-se necessário melhorar aspectos como o acesso a unidade para pessoas com

deficiências, aumentar o número de cadeiras na recepção para os usuários que frequentam diariamente, melhorar o atendimento odontológico, além de criar estratégias para melhorar a demora na entrega dos resultados laboratoriais, são situações que podem melhorar os indicadores e qualidade no atendimento das diversas ações programáticas ofertadas na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Como é conhecido pelos senhores a intervenção foi iniciada no mês de fevereiro com o objetivo de melhorar atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Jose da Costa Veloso do município de Canavieira do estado de Piauí.

Lembramos que em diferentes momentos a população que mora na área de abrangência foi consultada e, com participação e apoio, a equipe conseguiu resultados muito positivos como foi atingir a meta de cobertura na atenção aos hipertensos e diabéticos.

Vale ressaltar que outros indicadores também foram melhorados como as consultas periódicas segundo o protocolo do Ministério da Saúde. A equipe conseguiu ofertar para todos os usuários o número de consultas programadas para o período, o que foi muito importante para prevenir riscos e/ou complicações, além de realizar uma avaliação de cada um dos usuários hipertensos e diabéticos e indicar exames laboratoriais. Em todos os casos foi divulgado para os hipertensos e diabéticos sobre os direitos dos usuários a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Foram realizadas durante todo o período da intervenção oficinas e palestras pela equipe, incluindo a equipe do NASF com a participação dos usuários hipertensos e diabéticos, em que se realizaram palestras relacionadas sobre alimentação saudável, fatores de risco para o desenvolvimento das complicações em usuários diabéticos e hipertensos, importância da realização de atividades físicas, tabagismo, importância de manter uma boa saúde bucal, além de outros temas que por sua importância foi preciso realizar onde também aproveitamos o marco para realizar pesquisa de pressão arterial e glicemia em cada um das palestras. Em todas as atividades realizadas, a participação dos usuários foi excelente.

Com a participação ativa dos membros da comunidade foi possível que usuários compreendessem a importância de comparecer frequentemente as consultas planejadas além da realização de exames laboratoriais além de que também cumprissem as orientações dadas em cada atendimento. A equipe encontra-se muito satisfeita pelas ações realizadas por todos os membros da comunidade.

A população em geral ganhou um serviço mais organizado e com prioridade para o atendimento dos usuários, melhorando a relação e mantendo uma comunicação mais direta com a equipe da UBS possibilitando conhecer quais usuários precisam de maior ajuda e atenção e também conhecer o que precisa ser melhorado na nossa área para melhor qualidade de vida na população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso tinha a expectativa de conhecer mais sobre a realidade da saúde do Brasil e da UBS onde trabalho, assim como ajudar com minha experiência em saúde da família, em prevenção e promoção de saúde, a melhorar a saúde da população mediante o trabalho em equipe e a interação com a comunidade. Atingi esses objetivos e superei minhas expectativas já que durante o curso alcancei um nível de conhecimento muito alto sobre a situação da saúde do Brasil e na minha área de abrangência.

Também foi muito importante para o conhecimento de protocolos e estratégias de trabalho na saúde o que favoreceu a prestação de serviço na comunidade da forma preconizada pelo Ministério da Saúde. Uma coisa fundamental foi que consegui aplicar os conhecimentos que já tinha sobre APS. Também foi muito útil para incorporar novos conhecimentos e experiência pessoal como profissional da saúde e como pessoa ao conviver com culturas e costumes distintos ao meu.

Percebi que tem muitas coisas em comum nosso sistema de saúde em Cuba com o encontrado no Brasil.

Referências

BATISTA FILHO, M, RISSIN. A. **A transição nutricional no Brasil**
BRASILIA.Caderno Saúde Pública, 2003.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde.**Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no
Brasil - 2001-2002**.Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de
Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle de
hipertensão arterial**. Rio de Janeiro, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de
Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. **Manual de
hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2007.

_____. Ministério de saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:
Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**.
Brasília, 2003.

SCHMIDT, M.I et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em
inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, Supl.
2, p. 74-82, 2009.

Apêndice



Consulta e avaliação médica.



Teste de glicemia para avaliação médica.



Palestra sobre alimentação saudável.



Caminhada com o grupo de usuários hipertensos e diabéticos.



Grupo de tabagismo.



Reunião da equipe para discussão do projeto de intervenção.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Planilha Final - Mery Lan - Microsoft Excel

Ínicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Colar Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Fonte Alinhamento Número Estilo Células

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

S40 fx 1

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente avaliado à necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
100	97									
101	98									
102	99									
103	100									
104	101									
105	102									
106	103									
107	104									
108	105									

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

POR 15:19
PTB2 13/07/2015

Anexo C-Ficha -espelho

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "JOSE DA COSTA VELOSO"
MUNICÍPIO CANAVIEIRA PI

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____

Número do Prontuário: _____

Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Telefones de contato: ____/____/____. Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____

Tem HAS? () Sim () Não. Há quanto tempo tem: HAS? _____

Tem DM? () Sim () Não. Há quanto tempo tem: DM? _____

Tem HAS e DM? () Sim () Não. Há quanto tempo tem: HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não. Data da primeira consulta odontológica ____/____/____

Estatura: ____ cm. Perímetro Braquial: ____ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO				
DATA				
POSOLOGIA				

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS				
DATA				
Glicemia de Jejum				
HGT				
Hemoglobina glicosilada				
Colesterol total				
HDL				
LDL				
Triglicerídeos				
Creatinina Sérica				
Potássio sérico				
EQU				
Infecção urinária				
Proteinúria				
Corpos cetônicos				
Sedimento				

Ficha espelho- frente.

Microalbuminúria				
Proteinúria de 24h				
TSH				
ECG				
Hemograma				
Hematócrito				
Hemoglobina				
VCM				
CHCM				
Plaquetas				

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m²)	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		Exame dos pés (normal ou alterado)
					Framingham (B/M/A)	Lesões órgão alvo (descrever)	

Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação sobre tabagismo	Orientação sobre higiene bucal	Data da próxima consulta

Ficha espelho- verso.

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Mery Lan Rodriguez Blanco, médico e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Mery Lan Rodriguez Blanco

Nome

Contato:

Telefone: 89994444044

Endereço Eletrônico: merylanrbb@gmail.com

Endereço físico da UBS: rua augusto, s/n centro, canavieira, PI

Endereço de e-mail do orientador: andriele_zdanski@hotmail.com